

Naam: Email:

Voorletters: Gehuwd / Ongehuwd Aantal kinderen:

Meisjesnaam: Beroep:

Geboortedatum: Werkt u momenteel: Ja / Nee

Adres: Zorgverzekering:

Postcode: Verzekeringsnummer:

Woonplaats: Huisarts:

Telefoon privé: Woonplaats huisarts:

Telefoon werk: Hobby's / Sport:

BSN nr.: Komt u via: huisarts/specialist/anders:

Wat is de belangrijkste klacht:

.....

.....

.....

.....

Wanneer is de klacht voor het eerst
begonnen:

.....

Wordt erger met:

- zitten
- opstaan uit stoel
- draaien in bed
- lopen
- staan
- bukken
- liggen
- beweging
- het hoofd draaien
- hoesten/niezen/persen
- andere activiteiten/houdingen:

Deskundigen:

**Bent u voor deze klachten reeds onder
behandeling geweest bij:**

- Chiropractor:
- Huisarts:
- Fysiotherapeut:
- Cesar/Mensendieck:
- Manueel therapeut:
- Podotherapeut:
- Neuroloog:
- Revalidatie-arts:
- Reumatoloog:
- Acupuncturist:
- Chirurg:
- Pijnteam:
- Homeopathisch arts:
- Orthooped:
- Psycholoog:
- Alternatief genezer:
- Anderen:

Hoe is de klacht ontstaan:

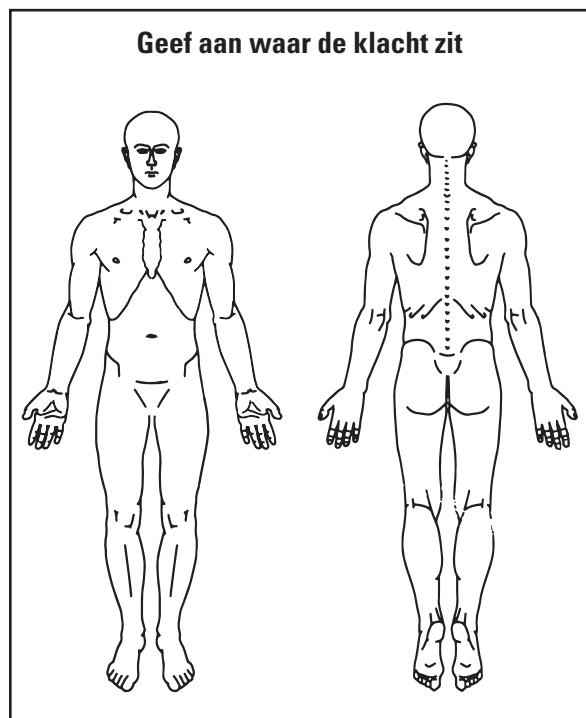
- Geleidelijk
 - wisselend aanwezig
 - constant aanwezig
- Plotseling
 - wisselend aanwezig
 - constant aanwezig

Neemt af met:

- zitten
- lopen
- staan
- bukken
- liggen
- beweging
- andere activiteiten/houdingen:

Is er sprake van uitstraling naar:

- linker arm rechter arm
- linker been rechter been



- vroegere problemen
huidige problemen
- Spiersen en Gewrichten**
- Nek
 - Tussen de schouders
 - Lage rug
 - Staartbeen
 - Lies L / R
 - Heup L / R
 - Been L / R
 - Knie L / R
 - Voet of hiel L / R
 - Schouder L / R
 - Arm L / R
 - Elleboog L / R
 - Hand L / R
 - Pols L / R
 - Vingers L / R
 - Rib L / R
 - Gewrichtsontsteking
 - Gezwollen gewrichten
 - Artritis
 - Jicht

- vroegere problemen
huidige problemen
- Algemeen**
- Hoofdpijn
 - Migraine
 - Duizeligheid
 - Flauwvallen
 - Oorsuizingen L / R
 - Slapeloosheid
 - Vermoeidheid
 - Zenuwachtigheid
 - Allergieën
 - Depressie
 - Aangezichtspijn L / R
 - Slechte eetlust
 - Oor-, neus-, oog- en/of keelklachten
 - Voorhoofdsholteontsteking
 - Bijholteontsteking
 - Oorontsteking
 - Doofheid L / R

- vroegere problemen
 huidige problemen
- Hart en Bloedvaten**
- Hartproblemen
 - Beroerte
 - Hoge bloeddruk
 - Lage bloeddruk
 - Spataderen L / R
 - Slechte circulatie
 - Zwelling in de enkels L / R
 - Bloedarmoede

- Ademhaling**
- Ademhalingsmoeilijkheden
 - Astma
 - Bronchitis
 - Longontsteking
 - Emfyseem
 - Hooikoorts
 - Pijn in de borst
 - Chronische hoest
 - Ophoesten van bloed
 - Ophoesten van slijm

- vroegere problemen
 huidige problemen
- Maag en Ingewanden**
- Maagpijn
 - Maagzweer
 - Maagbreuk
 - Galproblemen
 - Leverproblemen
 - Constipatie/moeilijke stoelgang
 - Diarree
 - Overgeven
 - Aambeien
 - Winderigheid
 - Blaas-, waterwegen problemen
 - Nierontsteking
 - Prostaatproblemen
 - Ongecontroleerd urineverlies
 - Blindedarmontsteking

- Huid**
- Jeuk
 - Eczeem
 - Blauwe plekken
 - Droge huid

- vroegere problemen
 huidige problemen
- Vrouwen**
- Overgangsproblemen
 - Menstruatiekrampen
 - Ruggpijn tijdens de menstruatie
 - Onregelmatige menstruatie
 - Overmatig bloedverlies
 - Heeft u een miskraam gehad?
 - Bent u mogelijk zwanger?
 - Wanneer menstreeverde u voor het laatst: _____

- Diversen:**
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

- Conditie:**
- Angina Pectoris
 - Alcoholisme
 - Epilepsie
 - Kanker
 - Multiple sclerose
 - Polio
 - Hersenvliesontsteking
 - Reuma
 - Tuberculose
 - Suikerziekte
 - Ziekte van Pfeiffer
 - Schildklierafwijking
 - Andere: _____

- Tandheelkundig:**
- Tandknarst of klemt u overdag en/of 's nachts
 - Draagt u een kunstgebit, geheel of gedeeltelijk
 - Heeft u 's ochtends wel eens een vermoeid gevoel in de kaken?
 - Heeft u kronen?
 - Heeft u een brug?
 - Heeft u een frame of een plaatje in de mond?
 - Heeft u vroeger een beugel gehad?
 - Maakt het kaakgewricht wel eens een knappend geluid?

- Gebruikt u:**
- Steunzolen
 - Hakverhogingen L / R
 - Andere _____
- Hoe slaapt u:**
- Rug
 - Zij
 - Buik
 - Wisselend
 - Hoe oud is uw matras? _____
- Is uw matras comfortabel:**
- Ja Nee

Datum van uw laatste testen:	korter dan 6 mnd.	tussen 6-18 mnd.	langer dan 18 mnd.	nog nooit
Urinetest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenfoto's:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedtest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropract. onderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hart onderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echo / MRI / CT scan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewoontes:	veel	normaal	weinig	geen
Eetlust:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koffie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichaamsbeweging:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaap:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Mentale ziekten: _____
- _____
- Medicijnen die u neemt, en waarvoor: _____
- _____
- Voedingssupplementen: _____
- _____

Heeft u nog opmerkingen: _____

- Mogen wij uw huisarts informeren:**
- Ja Nee

- Ongevallen: _____
- Botbreuken: _____
- Operaties: _____
- Ziekenhuisopnamen: _____

Datum: _____

Handtekening: _____